

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 62

Du Traitement

DES

HÉMATURIES VÉSICALES REBELLES

par la Cystostomie sus-pubienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave HAHN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 5 septembre 1874, à Ronchamp (Hte-Saône)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Janvier 1899

DES HÉMATURIES VÉSICALES REBELLES

Par la Cystostomie sus-pubienne



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545308_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 62

Du Traitement

DES

HÉMATURIES VÉSICALES REBELLES

par la Cystostomie sus-pubienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave HAHN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 5 septembre 1874, à Ronchamp (Hte-Saône)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

Janvier 1899

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{ MM. LÉPINE.
	{ BONDET.
Cliniques chirurgicales.....	{ OLLIER.
	{ PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....	PIERRET.
Physique médicale.....	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....	LORTET.
Anatomie.....	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....	RENAUT.
Physiologie.....	MORAT.
Pathologie interne.....	TEISSIER.
Pathologie externe.....	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MAYET.
Anatomie pathologique.....	TRIPPIER.
Médecine opératoire.....	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....	ARLOING.
Médecine légale.....	LACASSAGNE.
Hygiène.....	BARD.
Thérapeutique.....	SOULIER.
Pharmacie.....	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT	COLLET.	BARRAL.	BÉARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; WEILL, Assesseur
MM. ROLLET et BÉRARD, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE RAFFALLI

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Respectueux hommage.

Avant de quitter Lyon où nous venons de passer trois longues années, nous avons à cœur de remercier ici tous ceux envers lesquels nous avons contracté des dettes de reconnaissance.

Nos remerciements vont tout d'abord à Monsieur le Professeur Poncet qui nous a donné l'idée première de ce travail et qui, aujourd'hui, nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous ne pourrions oublier l'amabilité avec laquelle Monsieur le Docteur Delore, chef de clinique chirurgicale, nous a toujours reçu et aidé de ses conseils pour la rédaction de notre travail. Nous l'en remercions vivement.

Durant tout notre séjour à l'Ecole nous avons trouvé auprès de Monsieur le Médecin Major de 1^{re} classe et Madame Mazellier les preuves d'une affection bien réelle que nous leur rendons pleinement et pour laquelle nous les prions d'être assurés de notre sincère reconnaissance.

Que Monsieur le Médecin-Inspecteur Kelsch et Monsieur le Médecin-principal de 1^{re} classe Pierrot, que ceux de nos maîtres civils et militaires qui ont été nos premiers guides et nos premiers conseillers, reçoivent ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Merci enfin à tous ceux de nos camarades avec lesquels nous avons eu de bonnes relations et plus particulièrement à ceux que nous considérons comme des amis.

G. H.

DES HÉMATURIES VÉSICALES REBELLES

PAR LA

Cystostomie sus-pubienne

INTRODUCTION

En avril et mai 1898, nous avons observé dans le service de M. le professeur Poncet deux malades atteints tous deux d'affections graves de la vessie. Le symptôme dominant chez ces malades consistait dans des hématuries incoercibles, rebelles à tous les traitements qu'on leur avait opposés jusqu'alors ; en pareil cas, l'indication urgente était de rechercher l'origine de ces hématuries pour en supprimer si possible la source même. Dans ce but, M. le Dr Delore pratiqua la cystostomie sus-pubienne ; il ne put supprimer la cause directe de l'écoulement sanguin et cependant celui-ci s'arrêta du fait de l'ouverture de la vessie et de la mise au repos de l'organe.

Nous avons pensé qu'il y avait là une nouvelle indication très nette de la taille hypogastrique, telle que l'avait pratiquée pour la première fois M. le professeur Poncet au mois d'avril 1888, c'est-à-dire avec création d'un méate sus-pubien permanent et dans le travail

que nous avons aujourd'hui l'honneur de présenter à l'appréciation et à la critique de nos juges, nous avons entrepris sur les conseils du maître de développer cette idée qu'on avait déjà envisagée, mais pas encore formulée d'une façon précise, à savoir qu'en présence d'une hémorrhagie vésicale grave, menaçant à brève échéance les jours du malade et ayant résisté à tous les procédés d'hémostase connus, il ne fallait pas hésiter à cystostomiser.

Nous n'avons pas l'intention dans cette thèse de reprendre l'étude générale de la cystostomie sus-pubienne. Cette opération est admise aujourd'hui par le plus grand nombre des chirurgiens, ses indications autrefois discutées n'ont plus aujourd'hui besoin d'être rappelées et encore moins d'être défendues. Chacun est convaincu de sa nécessité dans certains cas déterminés et, désormais, on peut dire qu'elle a sa place marquée dans le traitement des accidents graves du prostatisme et de certaines affections de l'arbre urinaire.

Dans cette étude nous avons simplement en vue le traitement d'un symptôme grave et presque constant des affections vésicales, l'hématurie, contre lequel le praticien se trouve souvent impuissant. Nous ne contestons pas l'utilité des différents moyens thérapeutiques préconisés contre une hémorrhagie et nous indiquerons dans le cours de ce travail ceux que l'on peut employer avec quelque efficacité dans le traitement d'une hémorrhagie ayant sa source dans la vessie, en insistant sur ce point qu'il faudra toujours essayer ces moyens avant de recourir à l'intervention san-

glante que nous proposons. On en a constaté l'opportunité, la nécessité et on a eu le tort de la représenter comme une opération grave. Toutes ces objections, toutes ces craintes ne peuvent être admises aujourd'hui ; la gravité de l'opération est nulle, son urgence peut-être évidente, au même titre qu'une kélotomie pour hernie étranglée, lorsqu'on est appelé à lutter contre une hématurie rebelle.

Un point sur lequel nous insisterons également et que nous tenons à indiquer ici est le suivant : il ne faudrait pas donner au titre de notre travail un sens trop restreint et qu'il parait comporter au premier abord. Cystostomie ou Cystotomie sont deux opérations à peu de chose près semblables ; nous proposons la cystostomie parce que seule elle pourra nous donner un résultat heureux dans la majorité des cas, mais par une simple ouverture de la vessie, sans création d'un méat hypogastrique permanent, on obtiendra quelquefois ce même résultat favorable.

La division que nous avons adoptée est simple ; nous étudierons tout d'abord l'étiologie et la pathogénie des hématuries qui rentrent plus spécialement dans le cadre de notre sujet ; dans un second chapitre, les indications thérapeutiques qu'elles comportent et l'intervention que nous préconisons lorsqu'elles auront résisté à ces indications thérapeutiques. La cystostomie, étant donné son caractère d'urgence dans certains cas, est une opération que le plus modeste praticien doit être à même d'exécuter, aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas inutile d'en exposer la technique opératoire telle que l'indique M. le professeur Poncet.

Dans un quatrième chapitre, nous essayerons de montrer comment agit l'ouverture permanente ou temporaire de la vessie en tant qu'agent d'hémostase.

Enfin nous terminerons par la publication de deux observations inédites et de quelques observations recueillies dans la littérature médicale et qui nous ont paru confirmer les vues théoriques dont nous les avons fait précéder.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE et PATHOGÉNIE des HÉMATURIES

Très généralement les tumeurs de la vessie se traduisent par des symptômes si nettement accusés que le diagnostic est bientôt possible. Ces symptômes sont cependant en nombre très limité. On n'en observe guère que trois ou quatre : l'hématurie, la présence de débris du néoplasme dans les urines, la douleur, les troubles de la miction. Parmi eux l'hématurie est le phénomène le plus constant et le plus important. Quelquefois cependant l'hématurie n'apparaît que très tardivement ; on cite même des observations où les urines n'ont jamais été mélangées de sang.

Le plus souvent l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie est précoce. Elle est même ordinairement le premier et le plus longtemps le seul symptôme. Elle est spontanée et peut se produire alors que le malade s'y attend le moins, indépendamment de tout effort, souvent pendant la nuit et après un repos complet. Elle se termine comme elle est venue, sans cause appréciable, et souvent de la façon la plus brusque.

L'hématurie des néoplasmes pourra cependant se produire sous une influence bien déterminée, mais

alors l'intensité et la durée de la perte de sang sont hors de toute proportion avec la cause provocatrice. Ainsi à la suite d'un cathétérisme explorateur on observera de grandes hématuries que l'intervention n'aurait pas déterminées sur une vessie saine.

Le pissement de sang ne s'accompagne ordinairement d'aucune douleur. Aussi arrive-t-il que le malade n'est averti que par la teinte de ses urines ou les tâches de son linge. Les patients ne ressentent ni sensations particulières pendant la miction, ni même envies d'uriner plus fréquentes, sauf, bien entendu, les cas où la maladie se complique de cystite ou bien ceux où des caillots abondants se sont formés dans la vessie.

Il faut noter une plus grande abondance du sang à la fin des mictions ce qui s'explique et par la contraction de la vessie qui exprime ses vaisseaux et par la diminution intra-vésicale que produit l'évacuation.

Variations d'intensité de l'hématurie d'une miction à l'autre sans qu'il soit possible de les expliquer par l'influence du repos ou du mouvement.

L'abondance du sang perdu est toujours considérable parce que, même insignifiante, elle se reproduit à chaque miction et cela pendant plusieurs jours et plusieurs semaines.

Le sang n'est pas toujours intimément mélangé à l'urine ; il peut en outre donner lieu à la formation de caillots qui sont rejetés pendant la miction. Quelquefois même il arrive que le sang, rapidement épanché dans la vessie presque vide, s'y accumule, la distend et se prend en caillots énormes dont l'évacuation sera ensuite entourée des difficultés les plus sérieuses.

En général la suspension des hématuries est courte ; elle ne dépasse guère quelques semaines et les hématuries successives vont en se rapprochant de plus en plus et deviennent pour ainsi dire subintrantes.

En résumé l'hémorrhagie, ce grand symptôme qui domine toute l'histoire des tumeurs de la vessie, peut à elle seule fournir l'indication d'agir, mettre le chirurgien en demeure d'opérer.

M. le Professeur Guyon a consacré une de ses remarquables leçons cliniques à la cystite des néoplastiques.

« La cystite chez les néoplastiques, dit-il, nous met
« encore en présence de malades prédisposés par le
« fait de la lésion qui représente la maladie principale.
« Il existe toutefois de notables différences entre ces
« deux catégories de malades (les prostatiques et les
« néoplasiques). Les premiers offrent comme substratum à la cystite des altérations diffuses étendues à
« tout l'arbre urinaire. Mais ces altérations sont d'ordre sénile et bien qu'elles s'accompagnent toujours
« de phénomènes congestifs, on peut dire qu'elles traduisent un affaiblissement dans la vitalité des tissus.
« C'est en d'autres termes une dégénérescence passive
« plutôt qu'une lésion active. Les seconds se présentent
« dans des conditions tout à fait différentes. La lésion
« est ici bien plutôt caractérisée par une exagération
« que par un ralentissement de la vitalité dans l'organe intéressé. La prolifération plus ou moins rapide
« dont le néoplasme est le siège, le développement
« remarquable de ses vaisseaux en sont des preuves
« anatomiques. Quand aux preuves physiologiques,
« nous les trouvons dans ces hématuries à répétition

« ou de longue durée qui sont le symptôme dominant
« de la maladie ».

Cette forme de cystite s'accompagne d'autant plus facilement d'hématuries, que ce symptôme appartient déjà primitivement à l'affection néoplasique et qu'il en est pour ainsi dire, la manifestation la plus caractéristique. La tendance hémorrhagique ne fera qu'augmenter par l'addition des phénomènes inflammatoires, et ce sont bien des hématuries par congestion puisque, dans la très grande majorité des cas, on ne rencontre d'ulcérations ni sur la tumeur, ni sur la muqueuse vésicale.

Comme le dit Tuffier, « la vessie est un organe essentiellement congestif et par son anatomie et par sa physiologie : la congestion est son mode de réaction le plus fréquent ; dès lors, la présence d'un néoplasme doit-être pour l'organe une cause excitatrice incessante. Il se fait sous cette influence une vaso-dilatation du côté de la vessie, d'où rupture consécutive des vaisseaux friables du néoplasme. »

Dans la cystite tuberculeuse le symptôme hématurie présente une grande importance. Elle est alors souvent précoce, prémonitoire, spontanée ; elle constitue un signe avant-coureur qui peut devancer de longtemps, quelquefois de plusieurs mois, la plupart des autres manifestations. Généralement peu abondante et se bornant à l'expulsion de quelques gouttes de sang à la fin des mictions elle peut parfois communiquer à toute l'urine, du commencement à la fin des mictions, une teinte rosée ou rougeâtre. Mais il est exceptionnel qu'il y ait formation dans la vessie de caillots assez

abondants pour apporter obstacle à l'émission des urines.

Ces hématuries ne relèvent d'aucune cause appréciable ; si leur apparition n'est pas influencée par le mouvement, leur suspension n'est pas favorisée non plus par le repos même absolu.

Elles offrent donc à ce point de vue une grande analogie avec les hématuries des néoplasmes.

Ces hématuries prémonitoires de la tuberculose vésicale sont plus rares, moins abondantes et parfois disparaissent complètement lorsque la maladie est bien constituée.

Et cependant, c'est alors que se sont formées les ulcérations les plus larges et les plus profondes, ce qui démontre que dans l'immense majorité des cas, les hématuries relèvent non d'une rupture vasculaire ou d'un travail ulcératif, mais de phénomènes congestifs.

Nous n'insisterons pas sur les autres causes d'hématuries car en dehors des hémorrhagies qui signalent un néoplasme ou une tuberculose vésicale, les pertes de sang sont rarement assez abondantes pour nécessiter une thérapeutique chirurgicale.

Dans la cystite blennorrhagique les dernières gouttes d'une miction sont plus ou moins teintées de sang ; cette hémorrhagie terminale fait rarement défaut. Aussi a-t-on pu dire que la cystite blennorrhagique était essentiellement hémorrhagique. Dans certains cas même, le sang est rejeté en grande abondance et paraît mélangé à la presque totalité de l'urine ; mais ce sont toujours les dernières gouttes qui en sont le plus chargées.

Cela tient à ce que la muqueuse du col est toujours fortement exprimée par la contraction qui accompagne les derniers coups de piston (Guyon).

Lorsque le sang est abondant il peut arriver que le premier jet contienne un caillot allongé qui représente le sang resté dans le canal après la dernière miction, mais on ne verra jamais la vessie se remplir de caillots comme cela s'observe quelquefois dans certaines autres formes de cystite aiguë.

Chez les calculeux l'hématurie peut se manifester comme premier accident. Bien différente en cela des précédentes, elle succède au mouvement ; elle diminue ou elle cesse par le repos complet. Quelquefois elle revêt un autre type ; c'est la fin de la miction qui est nulle ; le malade expulse avec de vives douleurs quelques gouttes de sang, ou bien le dernier jet d'urine est coloré en rouge. Cette dernière hématurie acquiert surtout une grande importance si elle se produit quand le malade est dans la station verticale, pour disparaître s'il urine étant couché. La quantité de sang expulsé est en général minime, l'urine peut être rutilante mais il est exceptionnel que par le repos elle laisse déposer des caillots, indice d'une hémorrhagie considérable. En tous cas elle ne se rapproche pas de ces grandes hématuries dues aux néoplasmes de la vessie.

Les traumatismes, les corps étrangers, les veines variqueuses de la vessie peuvent être des causes d'hématuries, mais hématuries qui, comme celles qui reconnaissent pour cause initiale la calculose, entrent moins dans le cadre de notre sujet parce qu'elles sont rarement justiciables d'une opération sanglante. On ouvrira

la vessie chez un traumatisé, un malade ayant un corps étranger, un calcul dans la cavité vésicale, ou un variqueux, mais dans le but de faire disparaître la source même de l'hémorrhagie et non dans le but d'une simple opération palliative.

Dans le chapitre suivant nous indiquerons les différents moyens par lesquels on lutte contre ces hémorrhagies pour étudier ensuite le traitement que nous proposons sur les indications de M. le Professeur Poncet.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Jusqu'ici nous avons étudié les hématuries au point de vue de la séméiologie ; nous avons vu que dans certains états pathologiques de la vessie, la présence de sang dans les urines est un symptôme constant et prédominant, capable souvent de devenir si intense, qu'il constitue un phénomène grave pour le malade et une indication d'intervention immédiate pour le praticien. Les pertes de sang anémient le patient et souvent hâtent sa fin ; la formation des caillots du fait de l'hémorrhagie peut déterminer des douleurs intolérables par suite de la distension parfois énorme qu'elle provoque, d'autant que cette distension s'exerce sur un organe déjà malade dont la sensibilité est exagérée ; lorsque les caillots se seront formés dans une vessie saine auparavant, la distension qu'ils provoquent pourra déterminer une poussée inflammatoire susceptible d'amener à des effets pathologiques dont on prévoit l'importance, car si l'état congestif rend la vessie plus sensible à la distension, il ne faut pas oublier que la distension occasionne l'état congestif. A ces phénomènes douloureux ou inflammatoires que peut

déterminer la formation des caillots, s'ajoute souvent un autre phénomène qui à lui seul est une indication d'agir promptement : nous voulons parler de l'obstacle mécanique apporté à l'écoulement normal de l'urine par l'amoncellement de sang coagulé dans toute la vessie ou seulement au niveau de l'orifice urétral.

Les hématuries, qu'elles se produisent à l'occasion d'une tumeur ou de tubercules de la vessie ou de la prostate, qu'elles soient le fait d'une inflammation de l'organe ou d'un traumatisme quelconque, sont dignes, par la multiplicité des accidents qu'elles peuvent provoquer, d'attirer toute l'attention du praticien et d'être l'objet d'une thérapeutique active.

Les moyens proposés en vue d'arrêter une hémorrhagie ont tous été employés dans le cas d'hématuries. Nous les examinerons rapidement, les plus importants et les plus fréquemment employés du moins, car la série des indications thérapeutiques préconisées par les différents auteurs lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie vésicale est trop longue pour avoir la prétention de n'en omettre aucune.

D'abord faisons une brève étude de thérapeutique préventive ; elle est dans certains cas de toute importance.

S'agit-il, en effet, d'un prostatique avéré, comme ici la congestion c'est l'ennemi, c'est à prévenir et à combattre cet accident qu'on doit s'appliquer. Il y a toute une hygiène des voies urinaires qu'il faut observer pour empêcher la stase des plexus vésico-prostatiques ; les refroidissements, les fatigues exagérées, les excès sexuels, les retenues volontaires d'urine sont des

menaces de congestion vésicale. On les évitera ; on prescrira une alimentation modérée, un exercice modéré, des frictions sèches ; on aidera à la régularité circulatoire par quelques grammes d'iodure de potassium. La constipation engorge les plexus prostatiques, on doit maintenir vide le rectum par des laxatifs légers, par des lavements réguliers.

Si le malade ne vide plus sa vessie, si l'urine stagne dans le bas-fond, la distension vésicale, source de congestion, doit être combattue par le cathétérisme, mais non point par une évacuation complète, en un seul coup, supprimant soudainement la contre-pression salutaire qu'exerce la masse intra-vésicale sur les parois chroniquement distendues et hyperémisées et provoquant une abondante hémorrhagie ex-vacuo. Suivant la formule de M. Guyon, la vessie doit être vidée progressivement, c'est-à-dire par évacuations successives, et antiseptiquement, c'est-à-dire en remplaçant le quart du liquide enlevé par une solution boriquée à 4 pour 100.

Les mêmes influences qui peuvent hyperémier les parois vésicales, et provoquer le raptus hémorrhagique doivent être évitées avec la même attention. Chez les calculeux ce sont les mouvements exagérés, les secousses, les excès de fatigue qui provoquent les crises hématuriques ; le repos en est le traitement efficace ; s'il s'agit de calcul vésical, l'intervention opératoire s'impose et l'extraction supprime le symptôme en supprimant la cause.

Supposons maintenant l'hématurie établie et cherchons à en préciser les indications et les ressources

thérapeutiques. La conduite à tenir doit répondre à deux grandes indications immédiates.

1^o Faciliter l'issue de l'urine ensanglantée, ce qui peut présenter de sérieuses difficultés lorsque l'hémorrhagie vésicale a donné lieu à la formation de gros caillots.

2^o Prévenir l'effusion d'une nouvelle quantité de sang.

Il faudra donc tout d'abord agir sur les caillots car leur formation est de règle constante dans les cas d'hémorrhagie vésicale abondante, et nous avons envisagé plus haut les accidents qu'ils pouvaient déterminer; il est rare cependant de voir un bouchon cruorique obstruer hermétiquement le col vésical; le caillot, progressivement engagé dans l'urèthre, s'effile, se segmente, s'expulse, sans que la véritable rétention apparaisse (1 cas sur 40 hématuriques — Guyon) et le cathétérisme ne sera, en ces cas, qu'une ressource exceptionnelle; c'est souvent un moyen dangereux. La partie oculaire de la sonde s'obstrue, en effet, plus aisément encore que le col vésical; les injections poussées pour désencombrer ces orifices ne font qu'ajouter au trop plein vésical et à la distension angoissante. Donc, ainsi que le prescrit Guyon, « si la rétention d'urine est purement accidentelle et n'est que le fait de l'hématurie elle-même, n'intervenez à l'aide du cathétérisme que s'il vous est bien démontré qu'il est impossible de s'en abstenir. »

Mais voici un cas qui réclame une conduite chirurgicale toute différente: l'urine ne peut être expulsée et les caillots nombreux encombrant le globe vésical

distendu. Le cathétérisme évacuateur devient alors obligatoire. Le cathéter est introduit, rien n'est expulsé. Les injections pénètrent dans la vessie, mais les caillots qui obstruent la partie oculaire de l'instrument les retiennent. On pourra alors essayer quelquefois avec succès une grosse sonde, 22 à 24, à grands yeux. On aura soin de sonder le malade couché; on cherchera à déplacer les caillots par une pression hypogastrique en faisant faire au malade quelques efforts de toux ou d'expulsion modérée. Si ces moyens restent inefficaces, il faudra recourir à l'aspiration exercée avec une seringue vide à large canule. Les aspirations seront courtes et brusques; il s'agit en effet de déplacer les caillots et non pas de vider la vessie à l'aide de la force aspiratrice; en agissant ainsi on favoriserait certainement l'hémorrhagie et on ne viderait la vessie que pour la voir de nouveau se remplir de sang.

La première indication se trouve remplie; examinons maintenant la seconde: il faut arrêter l'hémorrhagie et prévenir une nouvelle perte de sang.

Dans le but d'arrêter les hémorrhagies, on a utilisé les injections astringentes et principalement le tanin à la dose de 1 gr., 1 gr. 50 ou 2 gr. pour cent; le perchlorure de fer; les injections chaudes entre 45 et 50°.

Le froid, bien que déterminant une contraction vasculaire plus intense que le chaud, est cependant moins hémostatique. On pourra pourtant, en présence d'une hémorrhagie, trouver un bon adjuvant hémostatique dans l'application de glace sur l'hypogastre et

dans le rectum. C'est un moyen qu'il ne faut pas négliger, surtout joint à d'autres.

Les injections d'ergotine ont été utilisées ; elles ont le grand inconvénient d'exciter les contractions des fibres musculaires de la vessie.

Mais il est une autre indication thérapeutique à remplir ; l'hémorrhagie est-elle tarie, il faut en prévenir le retour. Ce but sera atteint par l'emploi des différents hémostatiques préconisés, mais momentanément ; c'est à tout jamais, si possible, qu'il faut en prévenir le retour et on n'y arrivera qu'en luttant contre la cause première qui a engendré l'hémorrhagie, c'est-à-dire l'inflammation de l'organe. Les lavages de la vessie constituent le traitement de choix dans ce cas ; ils ont pour but d'évacuer les sécrétions morbides qui se forment sur les parois et de modifier ces parois ; il y a donc lieu de faire une distinction entre les liquides de lavage, suivant qu'ils ont un but purement mécanique ou un but modificateur.

1° Les lavages mécaniques ne doivent se faire qu'avec des liquides parfaitement aseptiques ou antiseptiques. L'eau fraîchement bouillie est le type des liquides aseptiques.

2° Les liquides antiseptiques constituent les modificateurs les plus efficaces. Le plus employé est l'eau boricuée saturée (4 pour 100). L'acide phénique n'est antiseptique qu'à une dose dangereuse ; le sublimé est douloureux même à 1/2000, et dangereux ; l'eau oxygénée est irritante.

Le bi-iodure de mercure est mieux supporté. Desnos lui préfère, d'après la pratique de Guyon, le nitrate

d'argent qui est l'antiseptique et le modificateur par excellence. Une solution à 1/500 est ordinairement suffisante. On est allé jusqu'à 1/300 et même 1/150.

Tels sont, énumérés ci-dessus, les moyens mis à la disposition du praticien, pour lutter contre les hémorrhagies vésicales. Mais si ces moyens sont insuffisants, si des hématuries rebelles à toutes les ressources d'hémostase que nous possédons, surviennent, qui affaiblissent le malade, irritent la vessie et obligent à des sondages et à des lavages répétés, souvent difficiles et douloureux, quelle conduite tenir ?

L'ouverture de la vessie, en mettant l'organe au repos et en permettant souvent d'agir sur la source même de l'hémorrhagie, sera dans ce cas indiquée.

Dans un article « indication de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves » par M. le professeur Poncet, paru dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie (juin 1894), nous lisons : « La cystostomie sera également pratiquée dans le cas d'hémorrhagies répétées, abondantes, constituant pour le malade une complication que n'ont pu conjurer les moyens hémostatiques connus. S'agit-il d'une hémorrhagie intravésicale avec hématome obturateur comme le docteur Tussau en a rapporté un bel exemple, en présence de l'inefficacité des autres traitements, l'hésitation n'est pas permise, il faut se hâter de cystostomiser. La même conduite sera suivie chez un prostatique calculeux qui présente alors une double indication de cystostomie. »

M. Bazy, qui pense que le drainage de la vessie par les voies naturelles peut être aussi efficace que le drai-

nage de la vessie par une ouverture faite à ses parois, a cependant pratiqué et proposé le méat hypogastrique dans les cas de tumeurs inopérables de la vessie chez l'homme pour combattre deux symptômes : l'hémorrhagie et la douleur. « Je n'insiste pas, dit-il, sur le symptôme hémorrhagie comme indication de la cystostomie avec méat soit temporaire, soit permanent ; quand l'hémorrhagie se prolonge, il ne faut pas hésiter, que cette hémorrhagie vienne de la vessie ou qu'elle vienne de la prostate.

L'année dernière j'ai eu l'occasion de la proposer dans ces circonstances ; la famille, pour des raisons que j'ignore, l'a refusée ; le malade est mort. »

Au premier congrès de gynécologie de Bruxelles, le D^r Ziembicki, chirurgien chef de l'hôpital de Lemberg, a proposé la cystostomie sus-pubienne chez la femme dans le cas d'hémorrhagies secondaires abondantes après l'opération de la fistule vésico-vaginale. Parmi les conclusions du D^r Ziembicki nous relevons en effet les deux paragraphes suivants : « Les moyens palliatifs et médicaux sont insuffisants pour les maîtriser ; le broiement et l'aspiration constituent une méthode illusoire. La taille hypogastrique faite à temps arrête l'hémorrhagie en faisant passer la vessie de l'état de contraction continuelle à l'état de rétraction et de repos : elle est donc au premier chef hémostatique. »

Dans la Thèse de Finck « Traitement du cancer de la vessie » — Lyon 1896 — nous trouvons ce témoignage : « Nous n'insisterons pas et nous ne discuterons pas les résultats obtenus dans le traitement des hématu-

ries ; ils sont tout simplement merveilleux. » Finck .
parle ici de la cystostomie sus-pubienne.

Même quand les hémorrhagies paraissent graves, elles disparaissent du fait de l'ouverture de la vessie. Dans le cas de néoplasme, le processus congestif ne porte pas, d'ailleurs, exclusivement sur la tumeur. L'afflux sanguin dont elle est le siège se produit également sur toute la paroi vésicale et constitue, comme nous l'avons indiqué précédemment, une des principales causes de cystite chez les néoplasiques. Lorsque le malade n'est pas encore profondément anémié, on trouve toute la vessie congestionnée, même en l'absence de cystite, et, dans les cas exceptionnels où, au moment de l'ouverture de l'organe, on trouve une muqueuse pâle et décolorée, il faut admettre que l'anémie provoquée par la persistance des hémorrhagies était extrême. — Par la cystostomie on obtiendra, pour des raisons que nous étudierons plus loin, la décongestion de l'organe. Si, en plus, comme nous le conseillons, on enlève la tumeur, cause première de l'hématurie, on peut être certain de voir le sang disparaître de l'urine. — Si, par le plus grand des hasards, ce symptôme ne disparaissait pas, le méat hypogastrique permanent serait le meilleur mode de traitement à lui opposer.

La puissance hémostatique de cette intervention est telle qu'on doit toujours essayer ce moyen (Guyon). Les progrès dans l'étude clinique des néoplasmes vésicaux (tumeurs et tubercules), les notions nouvelles sur le procédé pathogénique de leurs complications hématuriques, ont eu, comme résultat, de diriger

l'action thérapeutique et d'en préciser les ressources. Puisque l'hémorrhagie des néoplasmes et des tubercules vésicaux est d'origine congestive, c'est cette congestion qu'il faut combattre ; or c'est une cause puissante d'hyperémie pour le réservoir vésical que sa besogne de contraction ; le meilleur moyen de le décongestionner c'est de le placer au repos. Lorsque les ressources médicales et les précautions hygiéniques, plus haut énoncées, auront échoué ; lorsque l'hémorrhagie persistante et abondante menacera la vie du malade, il faudra recourir à la cystostomie sus-pubienne. M. le Docteur Pousson, de Bordeaux, a eu recours à l'ouverture sus-pubienne de la vessie, une fois pour une cystite à la fois douloureuse et hémorrhagique, une fois pour des hématuries profuses chez un néoplasique. Il a chaque fois obtenu la suppression des pertes sanguines. Routier (Congrès français de chirurgie, 1896) après avoir étudié les avantages de la cystostomie sus-pubienne dans le traitement de la cystite tuberculeuse, ajoute : « Je ne parle pas, bien entendu, des hémorrhagies, peu considérables, du reste, mais qui, comme c'est la règle, ont disparu dès que la vessie a été ouverte », et à l'appui de cette assertion présente différentes observations de malades atteints de cystite tuberculeuse traitée par la taille hypogastrique, qui, entre autres heureux résultats, a déterminé la cessation des hématuries.

Cet heureux succès de la thérapeutique chirurgicale a été souvent noté dans les néoplasmes vésicaux et au cours des tailles chez les prostatiques. Dans le premier cas de taille hypogastrique faite chez ces urina-

res par Sédillot, il y avait une hémorrhagie vésicale avec de nombreux caillots; l'ouverture de la vessie fut suivie de cessation de tout écoulement sanguin. M. le Professeur Poncet (Mercredi Médical 1892) dit qu'il s'est trouvé sur ses 45 cystostomies, cinq fois en présence d'une hématurie grave « chez deux de ces urinaires, l'épicystostomie suivie d'une évacuation complète et immédiate de la vessie a promptement arrêté l'hémorrhagie. Chez trois autres l'écoulement fut enrayé au moment même; il a reparu dans les premiers jours de l'opération, mais sans avoir de caractère inquiétant et la guérison fut rapide. »

Même succès chez deux opérés de Southam.

En présence d'une hémorrhagie grave, menaçant de se prolonger et de devenir sérieusement dangereuse pour le malade il ne faut donc pas hésiter à cystostomiser.

On devra se baser pour décider l'intervention, non seulement sur la quantité de sang perdu, mais encore sur l'état général du sujet. Lorsqu'une hématurie persiste avec abondance, malgré le repos et le traitement, si le malade est dans un état de pâleur, de faiblesse, d'amaigrissement, en un mot de cachexie très avancée, l'hématurie devient menaçante et l'on doit intervenir sans retard. L'urèthre sus-pubien doit alors être maintenu permanent, car du moment où la vessie n'est plus mise au repos par la suppression complète de sa fonction, l'hémorrhagie reparait.

Dans ces cas, il n'y a aucun inconvénient à laisser la vessie ouverte, l'opération étant faite dans un but absolument palliatif et l'inconvénient pour le malade de se sentir porteur d'une fistule étant bien compensé

par l'espoir d'une prompte guérison que peut lui faire entrevoir l'intervention chirurgicale.

Tueker (The Lancet — Octobre 1896) rapporte l'observation d'un individu, vigoureux alors, qui vint le consulter et qui présentait les symptômes d'une cystite subaiguë, compliquée de rétention occasionnelle. Les mictions étaient toujours plus ou moins douloureuses et difficiles et nécessitaient par intervalles l'emploi d'une sonde d'argent. Pendant quelques jours le malade dut abandonner ses occupations ; il fut soumis à une thérapeutique courante qui n'amena aucune amélioration. Au toucher rectal, la prostate se montrait chaude, dure, volumineuse ; l'urine, d'abord alcaline, devint rapidement ammoniacale. Le 7^e jour, souffrance intense dans l'abdomen, rétention complète. La sonde n'amena au dehors qu'un peu d'urine contenant une grande quantité de sang. Plusieurs fois le sondage fut répété et la proportion de sang évacué devenait chaque fois plus considérable. Devant ces pertes sanguines abondantes, devant l'état du malade qui s'aggravait, la taille périnéale fut décidée. D'énormes caillots purent alors être rejetés hors de la cavité vésicale. La réaction de l'urine ne tarda pas à devenir normale et *l'hémorrhagie ne récidiva point*.

Tueker pense que les symptômes d'une cystite aiguë due à la propagation d'une inflammation de la partie profonde de l'urèthre, comme dans le cas précédent, peuvent être conjurés par un traitement chirurgical précoce. Il préfère l'ouverture sus-pubienne de la vessie à la cystotomie périnéale « lorsque le malade peut être entouré de soins intelligents. »

Disons, en terminant ce chapitre, que l'hématurie, rebelle de la vessie en tant qu'indication de la cystostomie sus-pubienne a été admise généralement dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1894 et à laquelle prirent part MM. Segond, Lucas-Championnière, Lejars, Bazy, Tuffier, Nélaton, etc.

CHAPITRE III

DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE

Les deux modes opératoires employés dans le but de mettre la vessie au repos sont la taille sus-pubienne et l'incision périnéale.

Thompson préconise la taille périnéale et n'emploie la taille hypogastrique que lorsque la protaste par son volume exagéré l'empêche d'opérer une exploration sérieuse de la vessie.

Le Professeur Guyon et l'école française préfèrent la taille hypogastrique.

L'opération que M. le Professeur Poncet a désignée sous le nom de cystostomie est la taille sus-pubienne avec suture des bords de la vessie et des lèvres de la plaie abdominale. Il se propose par là, non seulement d'avoir un méat hypogastrique durable, mais un canal artificiel capable de jouer le rôle d'un urèthre contre-nature, c'est-à-dire de laisser plus ou moins, à volonté, l'urine s'écouler au dehors.

M. Poncet a créé cet urèthre pour la première fois, au mois d'avril 1888, sur un vieillard qu'on lui apporta à l'Hôtel-Dieu, atteint de rétention complète d'urine.

Dans une thèse récente, M. le Docteur Bonan rapporte d'intéressantes observations de prostatiques chez lesquels la cystostomie a été pratiquée et a donné les meilleurs résultats.

M. Poncet a appliqué ce mode de traitement à la cystite tuberculeuse ; enfin il a montré les avantages que l'on pouvait retirer de la création d'un méat hypogastrique dans les cas d'hématuries rebelles.

Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne ou épicystostomie.

La cystostomie sus-pubienne est une opération qui, comme celle de la hernie étranglée, intéresse le plus grand nombre des médecins, grâce à ses indications d'urgence qui ne permettent pas d'en éluder ou d'en ajourner la pratique. C'est donc une opération que tout médecin doit savoir faire au même titre que la trachéotomie et la kélotomie, interventions urgentes entre toutes. Il est, dès lors, nécessaire que le manuel opératoire en soit bien décrit et précisé, qu'il comporte un petit nombre de manœuvres et une instrumentation très simple, du moins dans les cas où les conditions de milieu, d'entourage, comme lorsqu'on opère loin d'un hôpital ou d'un grand centre, sont des plus défavorables.

C'est à obtenir ce résultat que se sont attachés M. Poncet et ses élèves et l'on peut dire qu'aujourd'hui ces divers temps de l'opération sont parfaitement connus et si bien réglés que c'est une intervention on ne peut plus simple et facile.

Avant de porter le bistouri sur le malade, il faut pratiquer la désinfection du champ opératoire avec le plus grand soin.

La veille de l'opération, le pubis est savonné, rasé avec soin, lavé avec la solution sublimée à 1/1000, chaude à 40°, enfin complètement aseptisé par un dernier lavage avec l'alcool et l'éther. Grand lavement avec de l'eau bouillie tiède pour évacuer le rectum.

Position du malade. — M. le Professeur Poncet recommande pour la cystostomie la position déclive du tronc telle qu'on peut la réaliser soit avec un coussin suffisamment long et large placé au-dessous du siège et dans la région lombo-sacrée, soit mieux encore avec le dossier d'une grande chaise ou une planche fortement inclinée sur laquelle sera maintenu le malade.

A l'Hôtel-Dieu M. Poncet préfère utiliser le lit de Trendelenburg.

Ce lit, non seulement peut tourner en tous sens, s'élever ou s'abaisser à volonté, mais il permet précisément, le malade étant solidement fixé, d'imprimer au tronc l'inclinaison nécessaire.

On recouvre le malade de jambières en caoutchouc et de toiles aseptiques pour l'empêcher de se refroidir et d'être souillé par les liquides, et on l'anesthésie à l'éther.

Le voisinage du champ opératoire, suivant la pratique de M. Poncet, est recouvert de serviettes chaudes stérilisées qui exercent une asepsie parfaite et ne permettent pas aux instruments et aux doigts des aides de se souiller.

Position du Chirurgien. — Le Chirurgien se place en

dehors et à gauche du malade comme pour le cathétérisme.

Position des Aides. — Un aide se place à droite en face du Chirurgien pour faire l'hémostase de la plaie. Un deuxième aide, placé également du côté droit, sera chargé des ligatures et du passage des fils à sutures.

Avant d'inciser la vessie, on produit sa distension progressive à l'aide d'une injection préalable de 250 à 300 grammes de solution boriquée bouillie à 40/1000. Pour empêcher l'eau de sortir, on prend la précaution usuelle d'entourer le pénis avec un lien en caoutchouc modérément serré.

Quelquefois la vessie très irritable est revenue sur elle-même, et il est impossible de la distendre par une injection. L'opération est un peu plus compliquée. Nous verrons plus loin comment on remédie à cet inconvénient quand nous parlerons de l'incision de la paroi vésicale.

M. Poncet rejette systématiquement l'emploi du ballon de Petersen qui doit distendre le rectum et refouler la vessie en avant. Il lui reproche d'être dangereux, d'amener des éraillures de la muqueuse du rectum et même de produire des déchirures complètes, ainsi que des observations en ont été publiées. Il a eu l'occasion d'observer semblable accident chez un malade opéré pour une tumeur de la vessie.

Nous ajouterons, d'autre part, suivant la remarque de M. Poncet, que, par suite de la position déclive du malade et grâce à certains perfectionnements de la technique opératoire, on peut arriver aisément sur la

paroi antérieure de la vessie et ménager complètement l'enveloppe péritonéale.

Opération proprement dite. — Il n'est pas toujours facile, en raison de l'épaississement considérable du tissu cellulo-adipeux sous-cutané au niveau du pubis, de reconnaître ce dernier avec le doigt. Quelquefois, c'est seulement après l'incision de la peau et de la couche grasseuse sous-cutanée, qu'il est possible de l'apercevoir nettement.

Un aide, muni d'un petit crochet, érigne le fond de la cicatrice ombilicale et l'attire vers le haut. La ligne blanche ombilico-pubienne devient ainsi, sinon apparente, du moins plus tendue, et l'instrument tranchant a moins de tendance à s'égarer à droite ou à gauche dans les aponévroses des droits.

Dès lors, l'opération comprend quatre temps consécutifs :

1^{er} TEMPS : *Incision cutanée.* — Elle se fait suivant la direction de la ligne blanche, commence au bord supérieur du pubis, et mesure 6 à 8 centimètres dans le sens vertical.

2^{me} TEMPS : *Incision de la ligne blanche.* — On pourra lui donner la même longueur qu'à l'incision cutanée. Mais, dans le but de ménager plus sûrement le cul-de-sac péritonéal, il sera préférable de s'arrêter en haut, à quelques millimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de cette dernière.

3^e TEMPS : *Recherche de la paroi antérieure de la vessie.* — La ligne blanche incisée, avec l'extrémité de chaque index faisant l'office de crochets, M. Poncet pénètre dans le tissu cellulaire prévésical à travers la

boutonnière, plus ou moins résistante suivant les sujets, constituée par les bords internes des droits antérieurs.

Si la vessie est trop profondément située, si la paroi antérieure ne paraît pas en contact immédiat avec la paroi abdominale, si surtout les muscles voisins forment une boutonnière étroite, à travers laquelle on a quelque difficulté à manœuvrer, M. Poncet, avec un bistouri boutonné, incise chaque droit antérieur au ras du pubis, au niveau de son insertion. Les incisions libératrices sont, suivant les circonstances, plus ou moins étendues; quelques millimètres (2 ou 3), suffiront ordinairement à donner un jour considérable permettant de manœuvrer à l'aise sur la face antérieure de la vessie.

Nous avons vu que la vessie, quelquefois très irritable, est revenue sur elle-même sans qu'on puisse la distendre par une injection de 250 à 300 grammes de liquide. Alors, si, pendant l'opération, arrivé sur la paroi antérieure, on éprouve, de par son siège dans la profondeur de l'excavation, de par sa forme globuleuse, des difficultés pour la reconnaître et l'inciser, M. Poncet conseille de se guider sur une sonde ou sur un cathéter métallique introduit dans la vessie et dont la pointe soulèvera la paroi antérieure.

4^e TEMPS : *Refoulement au cul-de-sac péritonéal. — Fixation de la paroi antérieure de la vessie avec les bords de la plaie. — Ouverture de cet organe.* — Avant d'inciser la vessie, il faut mettre à l'abri du bistouri le cul-de-sac péritonéal qui, suivant les sujets, descend plus ou moins bas.

Pour ce faire, la vessie ayant été reconnue avec l'œil et le doigt, le chirurgien plaçant l'index de la main gauche immédiatement au dessus du pubis, remonte ainsi le long de la face antérieure de la vessie, entraînant par en haut, jusqu'aux limites de l'incision cutanée, une certaine quantité de tissu cellulaire plus ou moins chargé de graisse, et enfin le péritoine qu'il importe particulièrement de ne pas blesser.

On peut maintenant, si la paroi vésicale présente une certaine épaisseur, pratiquer une cystopexie; cette opération offre l'avantage de mettre le tissu cellulaire prévésical et les bords profonds de la plaie à l'abri de tout contact avec l'urine. Mais bien souvent cette cystopexie présente des inconvénients en raison même de l'impossibilité de placer des fils dans la paroi vésicale, très amincie, très friable, sans qu'ils pénètrent dans la vessie et sans qu'ils livrent passage à une plus ou moins grande quantité du liquide contenu dans l'intérieur. Ce liquide, qui est de l'acide borique mélangé à de l'urine plus ou moins infectée, quelquefois purulente, vient couvrir et souiller le champ opératoire, rendant le passage des autres fils plus difficile.

Le plus ordinairement, on ouvrira d'abord la vessie et l'on suturera ensuite.

L'index gauche restant en place, refoulant le cul-de-sac péritonéal, avec un bistouri à lame étroite on ponctionne sur la ligne médiane en un point aussi rapproché que possible du sommet de la vessie. Cette situation de l'incision à distance du col et au voisinage du sommet à son importance; elle permet de fixer plus facilement la vessie, qui est immobile dans cette

région, et assure un meilleur fonctionnement de l'urèthre contre nature.

Cette ponction se fera sur la paroi vésicale soulevée par la pointe d'un cathéter introduit par l'urèthre, si la vessie est difficile à atteindre et peut fuir sous le bistouri : nous l'avons dit plus haut.

Comme chez les prostatiques, l'incision que pratique M. Poncet est de 8 à 12 millimètres environ, elle doit permettre l'introduction dans l'ouverture de l'extrémité de l'index qui sert de conducteur pour placer dans chaque bord vésical, droit et gauche, un fil destiné à servir de tracteur, à soulever et à amener facilement au jour les bords vésicaux.

Une fois la vessie débarrassée de son contenu, on fait la toilette de la plaie. On lave immédiatement avec une solution boriquée à 40/1000, irriguant l'intérieur de la cavité vésicale avec ce même liquide.

Lorsque la plaie hypogastrique est ainsi désinfectée, on en fait l'assèchement pendant quelques instants avec des tampons de gaze iodoformée et on assure l'hémostase.

A ce moment, sans trop insister, on peut avec l'index pénétrer dans l'intérieur de la vessie, explorer les parois qui sont la plupart du temps recouverte de petites granulations tuberculeuses.

5^e TEMPS : *Suture des bords de la bouche vésicale aux bords de la plaie abdominale.*— M. Poncet se sert pour pratiquer la suture de fils de soie ou de catgut ; ces derniers ont l'inconvénient de se gonfler et surtout, en leur qualité de tissu poreux, de s'infecter, devenant ainsi des foyers septiques permanents.

Au moyen d'une longue aiguille résistante, dont la concavité est à peu près celle d'un demi-cercle, on traverse avec ces fils de part en part la paroi vésicale, à 3 ou 4 millimètres des bords de l'incision; on les mène ensuite à travers l'aponévrose, le bord interne de chaque droit antérieur, enfin le tissu cellulaire sous-cutané et la peau, pour sortir à 5 ou 6 millimètres des bords de la section cutanée. Avant de les serrer, on attendra qu'ils soient tous placés.

Bien souvent on tombera sur des parois vésicales molles, friables, et l'on aura des déchirures, par les fils, des bords de la vessie: ce qui rendra l'opération plus longue et plus laborieuse.

Le nombre des sutures sera ordinairement de six ou huit.

Pour que les bords de l'orifice cutané répondent à ceux de l'ouverture vésicale, on pourra rétrécir la plaie hypogastrique en haut ou en bas par quelques petits points de suture.

Enfin, on serrera modérément les fils; on aura soin d'abord de faire un affrontement exact de la peau avec la muqueuse vésicale, en évitant par quelques points de suture complémentaires, s'il y a lieu, avec des fils plus fins, les hernies de petits lobules adipeux sous-cutanés qui tendent à se produire entre les premiers fils trop distants les uns les autres.

Telle est l'opération. Elle est en somme assez facile, demande peu de temps.

Dix à douze minutes suffisent souvent pour la pratiquer. Comme toutes les opérations chirurgicales, la cystostomie doit être menée rapidement. La rapidité

de l'exécution, ainsi que le fait fréquemment remarquer M. Poncet, est en chirurgie une des premières conditions du succès.

Malgré toutes les précautions dictées par la méthode antiseptique, plus l'acte opératoire est long, plus l'infection a de chances de se produire.

Nous n'avons pas parlé de l'hémostase jusqu'ici. Nous ne croyons pas qu'on puisse avoir dans la cystostomie une hémorrhagie présentant un degré quelconque de gravité.

Si la congestion intense de la muqueuse vésicale peut quelquefois être la cause d'un écoulement sanguin en nappe peu abondant, et nous savons que dans les tuberculoses vésicales, par exemple, il y a souvent congestion, l'hémostase sera réalisée à l'aide de pinces hémostatiques placées sur les bords; les fils, d'ailleurs, soulevant les bords de l'incision et les fixant à ceux de la plaie abdominale, exerceraient une compression suffisante pour empêcher le sang de couler abondamment.

Le pansement de l'ouverture hypogastrique se fait d'une façon fort simple. On se contentera de placer sur la plaie quelques lanières de gaze iodoformée qui ne doit pas pénétrer dans l'orifice vésical, pour ne pas s'opposer à l'écoulement de l'urine. Un gâteau de coton boriqué, qui sera changé toutes les deux ou trois heures, est simplement appliqué à plat sur l'orifice vésical.

M. Poncet, après la cystostomie sus-pubienne, recommande beaucoup de ne placer aucune sonde, aucun drain dans l'orifice. En effet, par suite de

l'écoulement incessant de l'urine, la cavité de la vessie tend à devenir virtuelle. Dès lors, toute sonde introduite dans le réservoir, quelles que soient sa longueur et sa grosseur, sera toujours plus ou moins en contact avec la muqueuse et jouera à son égard, le rôle de corps étranger irritant. Comme nous le disions encore plus haut, la sonde peut servir de voie à l'absorption des germes septiques.

Chez les cystostomisés prostatiques ou tuberculeux, le meilleur pansement est l'absence de pansement.

Il faut considérer le cystostomisé comme un *noli me tangere*, comme un malade auquel il ne faut plus toucher, du moins pendant quelques jours. Il faut abandonner les choses à elles-mêmes, ne plus se préoccuper bien entendu de l'urèthre naturel, qui est laissé en repos complet. Les pinces à pansement dont nous parlions tout à l'heure, qu'on place sur l'orifice vésical après l'intervention, n'ont d'autre but que de mettre le champ opératoire à l'abri de toute souillure, de l'urine principalement.

L'urine donc peut s'écouler librement au dehors. La pression des anses intestinales tend à refouler les parois de la vessie ; lorsqu'une certaine quantité d'urine vient au contact du col, elle provoque des envies d'uriner, et la vessie se contracte, chassant facilement l'urine par le nouveau méat toujours entr'ouvert.

L'urine ne stagne donc plus dans le réservoir. La vessie n'est plus qu'une partie dilatée de l'urèthre. Elle est dans le repos le plus complet.

La cystotomie sus-pubienne, opération déjà ancienne, consiste tout simplement dans l'ouverture de la vessie

à travers la ligne blanche. Elle est préliminaire ou temporaire si on suture de suite les lèvres de la plaie ou si on les laisse se réunir après un court délai. Si l'ouverture de la vessie est maintenue béante par un procédé quelconque, la cystotomie est permanente. C'est elle que l'on doit opposer à la cystostomie. Dans la cystostomie, le chirurgien ne se contente pas d'ouvrir la vessie, mais il suture de plus ses parois aux téguments de l'abdomen.

Ainsi, tandis que le trajet de la cystotomie est successivement saignant, granuleux et cicatriciel, celui de la cystostomie est d'emblée cutanéomuqueux.

Physiologiquement, l'ouverture de la cystotomie fonctionne comme une fistule béante et inerte, laissant couler incessamment l'urine ; l'ouverture de la cystostomie fonctionne comme un canal à parois souples, sinon contractiles, appliquées l'une à l'autre et permettant à l'urine de s'accumuler dans la vessie et de s'échapper à certains intervalles par une miction hypogastrique.

Valeur de l'opération ; ses avantages sur la taille périnéale. — Nous avons vu, au début de ce chapitre, que les deux modes opératoires employés dans le but de mettre la vessie au repos sont la taille sus-pubienne et la taille périnéale. On pourrait, au besoin, obtenir le même résultat heureux contre les hémorrhagies avec l'incision périnéale qu'avec l'épicystostomie, mais ses dangers sont bien plus considérables et le manuel opératoire plus compliqué. On s'expose à un certain nombre d'accidents pendant l'opération : la blessure du bulbe, la perforation du rectum, la section des

plexus prostatiques et des canaux éjaculateurs. De ces divers accidents, le plus grave et le plus redouté, c'est la blessure d'un gros vaisseau, l'artère transverse du périnée; et l'hémorrhagie qui en est la conséquence.

Ces hémorrhagies primitives étaient très redoutées des anciens, qui ne disposaient pas des moyens hémostatiques puissants que nous donne la forcipressure. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher les inconvénients de la voie périnéale et les raisons de la préférence qu'on doit donner à la voie hypogastrique.

La blessure des canaux éjaculateurs, l'impossibilité de se rendre un compte exact des lésions vésicales et d'avoir un champ suffisant d'observation, jointes aux difficultés considérables des manœuvres dans la vessie à une telle profondeur, sont des arguments beaucoup plus puissants et qui ont jeté sur ces procédés de taille le discrédit dans lequel ils sont tombés. Enfin, l'incontinence presque absolue d'un nouveau méat établi par la voie périnéale est une raison suffisante pour lui préférer le méat hypogastrique.

La cystostomie sus-pubienne est au contraire une opération simple et peu dangereuse.

M. le professeur Poncet s'appuyant sur soixante-trois opérations de cystostomie pratiquées sur des prostatiques, déclare que la mortalité opératoire est nulle. Il parle des cystostomisés pour rétention d'origine prostatique, mais nous pouvons parfaitement appliquer à nos propres cystostomisés les considérations intéressantes qu'il fait à ce sujet.

Les malades succombent toujours malgré l'intervention, et non à cause d'elle.

Les deux seules complications que l'on ait à redouter chez les cystostomisés sont la péritonite par blessure et infection du péritoine, et l'infiltration urinaire dans le tissu cellulaire prévésical et abdominal. Or ces deux complications ne se sont présentées chez aucun malade; la première est d'ailleurs facile à éviter avec l'antisepsie actuelle.

Il est important d'étudier les conditions dans lesquelles se trouvent les malades qui survivent et en particulier l'état fonctionnel de leurs organes génito-urinaires, la grosse objection que l'on fait à la cystostomie étant de placer les malades dans un état d'infirmité sociale, de les rendre porteurs d'une infirmité dégoûtante.

Ou bien les malades verront leur orifice abdominal s'oblitérer et les fonctions se rétablir par des voies naturelles (cystostomie temporaire); ou bien ils continueront à uriner par l'abdomen, leur méat étant ou n'étant pas continent (cystostomie permanente).

Chez ces cystostomisés temporaires il se formera une cicatrice plus ou moins large, froncée, généralement un peu saillante au-dessus des téguments; deux ou trois fois il a persisté au niveau de l'ancien orifice une fistule très petite laissant suinter quelques gouttes d'urine quand la vessie est bien pleine et à l'occasion d'efforts très violents.

Quand on a été obligé de recourir de nouveau à l'ouverture de la vessie, l'opération s'est toujours faite avec la plus grande facilité. L'oblitération de la fistule porte, en effet, surtout sur les parties superficielles, si bien qu'il suffisait d'un coup de pointe de bistouri pour

rouvrir la fistule, dans laquelle on pénétrait alors facilement avec une sonde cannelée.

Une autre question se pose encore à propos de ces opérés. On peut se demander, en effet, si la fixation de la vessie à la paroi n'est pas une cause de douleurs à cause des tiraillements qui en résultent. Les malades interrogés à ce sujet ne se sont jamais plaints.

On peut enfin observer chez les cystostomisés avec oblitération, aussi bien que chez ceux qui ont gardé leur fistule abdominale, l'existence d'une éventration plus ou moins étendue. C'est d'ailleurs là un fait rare et qu'on peut prévenir en prenant quelques précautions pendant la pratique de l'opération. Dans sa thèse, Lagoutte relate l'observation d'un malade qui a ainsi une hernie qui le force à porter une ceinture. Il ne souffre d'ailleurs aucunement de cette légère infirmité.

Parmi les cystostomisés qui ont continué depuis l'opération à voir leurs urines sortir par l'orifice abdominal il faut considérer :

1° Ceux qui ont un méat continent et peuvent uriner à volonté par leur fistule ;

2° Ceux qui ont une incontinence partielle ;

3° Ceux qui ont une incontinence totale.

1° *Cystosmisé avec urèthre contre nature continent.* — M. Diday, opéré le 23 décembre 1891 par M. Poncet, écrivait dans le Lyon Médical du 17 mars 1892, ces lignes très rassurantes pour tous ceux que l'on devra cystostomiser et qui craindront une infirmité par trop répugnante :

« Dès le quarantième jour de l'opération, j'ai récupéré le pouvoir, non pas d'uriner à volonté, mais de

« retenir mon urine pendant un temps qui, suivant
« ma nourriture, la quantité de boisson, mes occupa-
« tions et préoccupations, la température ambiante
« etc., varie de une heure et demie à quatre heures et
« demie, et, ce qui m'est bien précieux, d'être averti
« du besoin d'uriner une demi-minute environ avant
« que l'urine ne coule. Trois mois après l'opération
« la nouvelle fonction est encore plus parfaite. »

Dans une observation de la thèse de Lagoutte, le malade urine en partie par l'urèthre. Il est forcé de dilater sa fistule pour empêcher sa fermeture, craignant la reproduction des accidents. Mais pas une goutte d'urine ne suinte par l'orifice dans l'intervalle des mictions.

Chez un autre malade (obs. LXIII, due au docteur Guillemot, in th. Lagoutte) la continence est également parfaite, mais les urines passent entièrement par le méat abdominal. Le malade, dans ce cas, doit se sonder, car pour uriner sans sonde par son méat il est obligé de faire des efforts qui pourraient déterminer la réapparition des hématuries, la principale condition de la disparition de celles-ci étant le repos de la vessie qui ne doit plus être qu'un conduit inerte entre les uretères et l'urèthre hypogastrique.

2° *Cystostomisés avec incontinence partielle* (obs. XXIX, LVIII, IV, in th. Lagoutte). — Ce sont les cas les plus rares. Généralement leur situation n'est que transitoire. Ils gardent la plus grande partie de leurs urines, mais par moment il s'en écoule plus ou moins à l'occasion de certains mouvements ou de certaines positions.

L'observation LV en est le plus bel exemple. Le malade conserve complètement ses urines pendant la nuit quand il occupe la position horizontale. Ses draps ne sont pas mouillés. Deux ou trois fois il éprouve le besoin d'uriner, est forcé de se lever ; le liquide sort alors projeté en jet.

Pendant le jour au contraire, l'incontinence est complète. Les urines s'écoulent, sans que le patient s'en aperçoive, dans l'appareil qu'il porte constamment.

3° *Cystostomisé avec incontinence complète.* — Ce sont malheureusement les plus nombreux. L'urine suinte constamment au niveau de l'orifice. Naturellement ils sont soumis à tous les inconvénients d'une infirmité à laquelle on peut remédier du reste au moyen d'appareils appropriés.

L'état fonctionnel de la miction est donc bien variable suivant les différents cystostomisés qu'on a pu observer un certain temps après l'opération. Pourquoi de telles différences dans les résultats ? Nous ferons de larges emprunts à la thèse de Lagoutte pour résoudre cette question.

Disons tout d'abord que la véritable cause du maintien de la fistule abdominale est l'obstacle à l'écoulement de l'urine par les voies naturelles. D'où nous tirons cette conclusion que l'urèthre contre nature persiste et se constitue d'une manière de plus en plus parfaite précisément chez les malades qui en ont le plus besoin. Dans le cas contraire, malgré les précautions opératoires, la voie artificielle cède la place à l'ancien urèthre et les urines reprennent leur cours habituel.

La question de la continence des urèthres abdominaux est des plus complexes.

Bonan, dans sa thèse (p. 80), semble attacher à ce point de vue une certaine influence à la forme du méat.

Lagoutte fait observer que sur beaucoup de cystostomisés qu'il a examinés à ce sujet, rien dans la forme du méat n'était en rapport avec la fonction. La forme apparente de l'orifice n'influe donc en rien sur la fonction.

La longueur et la direction du trajet fistuleux ont-elles un rôle plus important ? M. Poncet a recommandé d'inciser la vessie aussi près que possible du col de façon à créer un trajet oblique ayant une plus grande longueur. A priori, il est certain que l'urine filtre d'autant moins facilement que le trajet fistuleux est plus long, et, au fait, on a trouvé à l'autopsie de M. Diday un urèthre artificiel long de 25 à 30 millimètres. Mais, à côté de ce cas positif, Lagoutte cite l'observation d'un malade qui avait de l'incontinence et dont le trajet fistuleux était cependant relativement long.

Ce n'est donc pas encore dans la longueur du trajet fistuleux qu'il faut chercher la véritable et surtout l'unique raison de la continence du méat.

Faut-il la chercher dans la constitution anatomique du canal ?

L'élément musculaire qui entre ou peut entrer dans la constitution de la paroi (muscleuse et muscles droits de l'abdomen) paraît ne jouer qu'un rôle secondaire ; il n'en est pas de même du tissu fibreux qui

entoure tout ou partie du canal. Le tissu de cicatrice qui se forme tout autour du trajet fistuleux et en particulier au niveau de l'union de la peau et de la muqueuse constitue un anneau qui, jusqu'à un certain point, s'oppose à l'expulsion de l'urine.

En résumé, la continence de l'urèthre contre nature nous semble dépendre de plusieurs facteurs échappant du reste plus ou moins à l'action du chirurgien. Longueur et direction du canal, tension des muscles droits, anneau cicatriciel rétractile autour du trajet et en particulier au point d'union de la muqueuse et de la peau, tels sont les éléments qui ont chacun une part variable suivant les cas dans la production du phénomène.

D'une façon générale, par tout ce qui précède, nous voyons que l'opération est simple, que les complications possibles sont rares puisqu'il suffit pour les éviter de prendre certaines précautions, que l'infirmité ne doit pas être une contre-indication absolue puisqu'on peut obtenir un méat hypogastrique continent et qu'on peut remédier à l'incontinence par des appareils appropriés pour la description desquels nous prions le lecteur de se reporter à la thèse de Lagoutte dans laquelle ils sont minutieusement décrits avec figures à l'appui.

L'urinal construit par M. Collin semble réaliser les conditions requises, par son volume peu considérable, son application facile et exacte et aussi l'absence de toute sonde pénétrant dans le trajet hypogastrique.

Actuellement, à Lyon, cet appareil est peu employé et l'urinal que l'on utilise est celui qui est construit

par la maison Lafay-Souël (V. th. de Delore 1897).

Cet instrument remplit son but d'une manière très satisfaisante et retient parfaitement les urines, quand il est appliqué soigneusement et bien entretenu. Ces deux conditions sont absolument nécessaires pour son bon fonctionnement; c'est parcequ'elles sont mal remplies par les gens peu soigneux et infirmes qu'on voit encore suinter l'urine à certains intervalles.

Avec des soins minutieux de la part du malade, ou tout au moins si celui-ci est peu soigneux, infirme ou trop âgé, de la part de son entourage, on arrive à des résultats vraiment remarquables et l'idée de créer chez un individu une infirmité dont on a exagéré les inconvénients ne doit pas être pour le chirurgien une contre-indication à l'opération.

Nous avons cru devoir entrer dans les détails qui précèdent en envisageant le cas d'un malade, prostatique ou néoplasique, par exemple, qui serait condamné à maintenir la perméabilité de son méat hypogastrique, sous la menace de voir apparaître à nouveau ses hématuries dès que celui-ci s'oblitérerait. C'est dans ce cas surtout que le titre de notre travail serait justifié, mais il est bien évident qu'une ouverture temporaire de la vessie, la cystotomie, trouverait, aussi bien que la cystostomie, son indication en présence d'une hémorrhagie rebelle à tous les autres moyens d'hémostase, mais momentanée. Nous préconisons le traitement des hématuries incoercibles par la création *temporaire* ou *définitive* d'un urèthre contre nature. Quelle que soit la nécessité chez certains malades d'établir un nouvel urèthre qui doit être permanent, il

n'en est pas moins vrai que le principal avantage de l'opération est, par l'ouverture de la vessie, de conjurer les accidents immédiats de rétention, d'infection, de contraction exagérée du muscle vésical en mettant au repos l'appareil urinaire. C'est ce que le professeur Poncet a nettement indiqué dans une communication à l'Académie de Médecine, en août 1898.

Cystostomie et cystotomie sus-pubiennes sont deux opérations à peu près de même valeur thérapeutique.

La suture des bords de la plaie vésicale avec ceux de la paroi abdominale doit être pratiquée cependant, toutes les fois que cela est possible, et cela non seulement parce que, ignorant le plus souvent ce qu'il en adviendra de l'accident urinaire grave que l'on veut combattre, il est bon de rechercher un méat hypogastrique permanent, mais aussi parce que cette suture, en s'opposant à la rétraction toujours grande de la plaie vésicale, en maintenant le parallélisme des bords de l'entonnoir vésico-abdominal, rend plus facile et plus complète l'évacuation de l'urine. Elle s'oppose aussi à la rétention, à l'infiltration d'urine, complication qui, avec la blessure redoutée du cul-de-sac péritonéal, avait fait abandonner pendant si longtemps la taille sus-pubienne.

« La cystostomie ou la cystotomie, suivant les cas, ne sont donc que deux procédés d'une même méthode que je préconise depuis dix ans contre les accidents urinaires graves qui ne pouvaient être conjurés par les moyens, jusqu'alors employés, de traitement : cathétérismes répétés, sonde à demeure, ponctions de la vessie, etc. » (Poncet)

Dans les lésions incurables, qu'il s'agisse d'une hypertrophie simple de la prostate, rendant la mixtion impossible définitivement, que l'on ait affaire à un cancer de cet organe, à une tumeur inopérable de la vessie, déterminant des douleurs vives, continues et surtout des hémorrhagies abondantes, rebelles, la cystostomie qui assure mieux un méat permanent, reprend tous ses droits sur la cystotomie.

CHAPITRE IV

Du mode d'action de la cystostomie sus-pubienne en tant qu'agent d'hémostase

Si la taille hypogastrique n'était réservée qu'aux malades chez qui l'on peut agir directement sur un vaisseau ouvert ou sur la cause immédiate de l'hémorrhagie, son emploi serait fort limité ; mais même en l'absence d'une lésion anatomique bien constatée l'ouverture vésicale à elle seule peut être suffisante et arrêter l'écoulement sanguin.

L'action de l'incision sus-pubienne contre les phénomènes congestifs résulte des modifications qu'elle apporte dans les phénomènes d'ordre mécanique de l'écoulement de l'urine et dans ceux d'ordre dynamique d'irrigation sanguine de l'appareil urinaire.

Nous savons que la sensibilité de la vessie tient directement et étroitement sous sa dépendance la contractilité, c'est-à-dire les fonctions mêmes de l'organe. Elles ne peuvent en effet se manifester que sous son influence car elles sont d'ordre réflexe.

A l'état normal nous ne sentons notre vessie que lorsque le besoin d'uriner se manifeste. Pendant toute la durée des intervalles qui séparent les mictions, aucune sensation ne nous avertit que nous sommes en

possession d'un réservoir où s'accumule un liquide excrémentitiel, qui pour toute autre muqueuse que celle de la vessie, aurait, même à l'état normal, une action irritante. Et cependant il arrive un moment où le besoin d'uriner est vivement perçu et deviendra douloureux s'il est trop retardé; c'est que la muqueuse que le constact laissait indifférente a vu sa sensibilité mise en éveil par la distension.

Physiologiquement la vessie qui est insensible est donc sensible et très sensible à la distension (Guyon).

Les contractions de la vessie n'entrent en jeu que sous l'influence d'un agent qui tout d'abord provoque la manifestation de la sensibilité et il est bien évident que cette sensibilité se trouvera exagérée à l'état pathologique.

La sensibilité à la distension devient telle dans les cystites graves, qu'elles soient anciennes ou récentes, que la moindre quantité d'urine ne saurait être tolérée et provoque immédiatement les contractions les plus énergiques.

Cette sensibilité exagérée de la muqueuse vésicale déterminera donc, sous l'influence de la distension la plus minime, de violentes contractions et un état congestif immédiat et certain; l'activité fonctionnelle développe toujours l'afflux du sang; enfin, nous savons que l'un des premiers effets de la distension est de provoquer le besoin d'uriner et bientôt un sentiment douloureux. Or l'afflux sanguin est inséparable de la douleur.

La distension aiguë provoque donc l'état congestif et l'état douloureux qu'elle détermine accroît encore

son action congestionnante : mais la réplétion non douloureuse de la vessie peut par elle-même aboutir à la congestion. L'anatomie et la physiologie normales et pathologiques nous fournissent le mécanisme de cette conjection.

La richesse du réseau vasculaire de la vessie et en particulier de son réseau veineux a été bien démontrée par les recherches anatomiques très précises et très complètes de M. le docteur Gillette. Les plexus veineux interstitiel et périphérique, déjà si riches dans les conditions normales, deviennent, sous l'influence de la distension de la vessie, le siège d'une réplétion pathologique démontrée chaque jour et par la clinique et par les autopsies.

Bien souvent, lorsqu'on pratique la taille hypogastrique, on peut observer combien sont turgescentes les grosses veines qui rampent à la surface de la vessie ou qui sont contenues dans ses parois. Dès que le liquide contenu dans la vessie s'est échappé, la congestion disparaît, les veines turgescentes s'affaissent. Comment concevoir le mécanisme de cette congestion par distension ?

Il y a tout d'abord les phénomènes de suractivité fonctionnelle que déterminent les incessantes sollicitations du besoin d'uriner toujours imparfaitement satisfait. Et la physiologie nous enseigne à quel degré s'élève l'intensité de la circulation sous les influences réflexes qui accompagnent tout travail musculaire exagéré.

Il faut se rappeler d'autre part que, toutes les fois qu'un organe se distend lentement et acquiert un vo-

lume et une surface plus considérables, il survient nécessairement des modifications profondes dans le volume, la disposition et la texture même des vaisseaux qui circulent dans ses parois. La vessie ne pouvait échapper à cette règle générale (Guyon).

Lorsqu'il y a un obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine par l'urèthre (tumeur de la vessie ou de la prostate), la distension de la vessie peut devenir assez considérable pour apporter une gêne sérieuse à la circulation en retour du sang veineux. Le plexus de Santorini se trouve alors aplati et comprimé sur l'arcade pubienne, les plexus latéraux et postérieurs n'échappent pas non plus à un certain degré de compression et toutes les branches veineuses des parois de la vessie, les sous-muqueuses et les intermusculaires aussi bien que les sous-péritonéales qui aboutissent à ces différents plexus sont gorgées de sang.

Après avoir indiqué les conséquences immédiates et éloignées de la distension, si nous étudions les causes qui rendent la vessie plus particulièrement sensible à son influence, et qui par conséquent mettent en jeu la contractilité de la vessie ou l'exagèrent, nous verrons qu'au premier rang doit figurer la douleur ; physiologiquement et cliniquement, c'est la douleur qui limite la distensibilité de la vessie, et détermine, dans tout l'organe, sous l'influence de la moindre distension, les contractions les plus violentes.

Les causes directes ou médiate des hémorrhagies vésicales sont donc, d'après ce qui précède, la distension, les contractions de l'organe et la douleur : la douleur elle-même est augmentée, ou même détermi-

née, par les contractions. Restent la distension et les contractions, comme facteurs essentiels de l'hématurie, et contre lesquels il faudra lutter.

Cette distension de la vessie, cette congestion de l'organe, déterminée par le travail de sa tunique musculaire, disparaîtront par le fait même de l'ouverture hypogastrique, et cette seule considération est une indication à la cystostomie sus-pubienne. Il est bien évident qu'en mettant l'organe au repos, en permettant à l'urine de s'écouler au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie, on diminue considérablement cette cause puissante de congestion, la distension. Par la création d'un méat hypogastrique, on transformera la vessie, de réservoir contractile exposé à la fatigue, à la distension, à l'hyperhémie, en un simple conduit inerte. Le résultat est remarquable : la mise en non-activité (qu'on nous passe le mot) de la vessie supprime la distension hyperhémiant, les hémorrhagies abondantes.

Comme la distension, en effet, les contractions congestionnent l'organe; dans le cas de néoplasme, elles broient pour ainsi dire la tumeur, l'expriment et déterminent à sa surface une exhalation sanguine. En gênant la circulation veineuse, elles sont la source d'hémorrhagies par réplétion des vaisseaux : Ulzmann (Ueber Hœmaturie, etc., 1878), appelant l'attention sur un caractère particulier que lui ont présenté les urines jaune-rougeâtres dans 3 cas de tumeurs vilieuses, ajoute : « Ces puissantes contractions de la vessie empêchent la circulation de retour dans les villosités et produisent la turgescence des petits vaisseaux. »

— En occasionnant des froissements et des déplacements continuels de la muqueuse et des plans sous-jacents, les contractions empêchent la cicatrisation des ulcérations dont l'organe peut être le siège, et que des tubercules, un corps étranger, un calcul, auront créées. Michon, dans sa thèse, cite un exemple très net du pouvoir hémostatique de la cystostomie dans ces cas : une malade, depuis 7 ans, avait des hématuries assez abondantes pour donner lieu à la formation de caillots. Depuis la taille hypogastrique, les hématuries n'ont plus paru, et, cependant, la douleur s'est montrée de nouveau après la fermeture de la fistule. Evidemment l'ulcération constatée au cours de l'opération devait être le point de départ des saignements et la cystostomie a permis à la cicatrisation de se faire.

L'incision hypogastrique fait disparaître tous les phénomènes d'ordre congestif : ce rôle, nous l'avons vu, est dû à l'absence de toute rétention et à la disparition des contractions violentes : c'est ainsi que MM. Guyon et Pousson ont pu expliquer que la taille faisait disparaître l'hémorrhagie néoplasique, qui, comme on le sait, est presque toujours d'origine congestive. Elle sera tout aussi utile dans les hématuries dues au prostatisme où à la cystite ; à ce titre elle est également indiquée dans les cystites chroniques avec pseudo-membranes riches en néo-formations vasculaires qui sont le point de départ d'hémorrhagies par rupture. C'est toujours sous l'influence d'une poussée congestive, d'une tension vasculaire exagérée que

s'accomplissent les ruptures vasculaires qui déterminent l'hématurie.

Mais à côté de la congestion il est un autre facteur important de l'hémorrhagie, l'inflammation, que l'ouverture de la vessie est toute puissante à combattre. Les deux causes d'hématurie, congestion et inflammation, se trouvent réunies toutes les fois qu'il y a infection. C'est à elles que sont dûes les hémorrhagies observées au cours des cystites et nous citerons surtout à ce point de vue les cystites blennorrhagiques. Or il est facile de concevoir qu'en établissant un urèthre hypogastrique, temporaire ou permanent, on pourra plus facilement que par les voies naturelles obtenir une désinfection complète de la cavité vésicale. L'inflammation cédera et avec elle les pertes sanguines qui en sont la conséquence.

Avec la taille toute cause de congestion cesse; plus de distension, partant plus de stase veineuse; plus de rétention, partant plus de contractions musculaires faisant appel sanguin; plus d'infection, partant plus d'inflammation, source si commune d'hémorrhagies.

Que l'on pratique chez un malade atteint de tuberculose vésicale la taille hypogastrique: dès qu'on a supprimé l'activité contractile du muscle vésical, dès que le réservoir urinaire est mis au repos, la congestion disparaît et l'hématurie douloureuse se dissipe: dès que la vessie fermée revient à sa besogne de réservoir contractile, l'hyperhémie réapparaît et avec elle l'hématurie.

On pourra être quelquefois appelé auprès d'un malade atteint de rétention aiguë d'urine, avec une vessie

distendue et dure, une pâleur très marquée de la face et des douleurs vives. Le cathétérisme pratiqué permet d'arriver facilement dans la vessie, mais la sonde ne livre passage qu'à quelques gouttes d'urine et à des caillots sanguins et on conclut à une hématocele vésicale, telle que nous en publions une observation à la fin de ce travail. Une sonde à double courant, dans laquelle on fait passer un courant d'eau chaude, ne permet pas davantage de dégager la vessie. Par l'aspiration, non seulement on ne fait pas dissocier les caillots, on n'en débarrasse pas l'organe, mais encore on fait augmenter l'hémorrhagie. Opérer sur le champ, c'est la seule ressource qui reste au chirurgien. Par l'ouverture de la vessie on débarrasse cet organe des caillots qui l'encombrent ; par la création d'un urèthre sus-pubien on prive le muscle vésical de ses contractions et on obtient comme conséquence la cessation immédiate de l'hémorrhagie.

Contre une hémorrhagie, suite de ruptures vasculaires, l'organisme se défend naturellement par l'hémostase spontanée, s'il s'agit d'une hémorrhagie capable d'arrêt.

Cette hémostase spontanée comprend deux processus souvent combinés entre eux, mais ayant chacun pour agent actif un caillot ou thrombus, très différents l'un de l'autre. L'un de ces caillots, le thrombus lymphatique ou blanc, répond à l'aveuglement actif de la voie de perte et à la cicatrisation de la paroi : c'est le thrombus de cicatrisation ; l'autre, le thrombus hématique ou rouge, répond à l'oblitération de la lumière du vaisseau sur une certaine étendue. Mais bientôt à la

place de ce moule de fibrine englobant les éléments figurés du sang, va se développer une végétation connective et vasculaire, déterminant une oblitération complète et définitive de la lumière des vaisseaux. Mais ce processus d'oblitération ne s'effectue complètement que si la paroi vasculaire qui doit en être l'origine est saine et apte à réagir. Si au contraire elle est infectée, le caillot ne subit pas la transformation fibreuse ; il se ramollit au bout d'un certain temps et l'on voit alors survenir des hémorrhagies secondaires, si fréquentes dans les plaies qui n'ont pu être mises d'une façon absolue à l'abri de l'infection.

A l'infection s'ajoute une autre cause qui s'oppose, elle aussi, à l'hémostase spontanée. Nous voulons parler des contractions du muscle vésical qui déterminent fatalement la rupture, la désagrégation et la chute du caillot.

Cette hémostase naturelle se trouve donc entravée chez un urinaire par deux causes qu'il sera facile de faire disparaître en pratiquant l'ouverture sus-pubienne de la vessie. Par cette ouverture on obtiendra aisément une désinfection complète qu'il était difficile d'obtenir par les voies naturelles et on réalisera la mise au repos de l'organe. Le processus de coagulation du sang et de transformation vaso-connective du caillot pourra dès lors s'effectuer et l'hémostase sera définitive sans que l'on ait à intervenir plus directement sur la source de l'hémorrhagie.

Dans certains cas il sera nécessaire de rechercher cette source de l'hémorrhagie ; c'est un point que nous abordons incidemment pour montrer combien il serait

coupable, en présence d'une perte de sang que rien ne peut arrêter, d'hésiter à cystostomiser. La taille sus-pubienne non seulement pourra agir comme nous l'avons indiqué dans les lignes qui précèdent, mais encore permettra de trouver l'agent délictueux et de le supprimer s'il s'agit d'un néoplasme ou d'un calcul, la source même de l'hémorrhagie, et de la tarir si l'on est en présence d'un vaisseau ulcéré ou d'une veine variqueuse. Nous publions plus loin une observation, due à Cheesmann, d'un jeune homme souffrant depuis longtemps d'hématuries abondantes et chez lequel, à l'ouverture de la vessie, on trouva une veine variqueuse. Par la simple compression avec de la gaze on arrêta l'hémorrhagie.

OBSERVATION I (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Poncet)

Jauffret, Jean Louis, 71 ans, clerc d'avoué, présente depuis trois mois des hématuries très abondantes. Le malade a été vu par MM. Durand et Rafin. Douleurs peu vives, mais anémie considérable due aux hémorrhagies : actuellement le sang perdu est presque pur. La prostate est grosse ; rétention à peu près continuelle. Le diagnostic porté est celui de cancer prostatato-vésical accompagné d'hématuries abondantes.

5 mai 1898. — M. Delore pratique la cystostomie sus-pubienne. La vessie est distendue par un litre environ d'urines sanglantes et fétides ; avant l'opération on n'avait injecté que 200 grammes environ de liquide. Large bouche vésicale afin de bien mettre la vessie au repos. Lavages et pansement ordinaire.

Sur le bas-fond vésical, immédiatement en arrière de l'u-

rèthre, on a trouvé une tumeur sessile et ulcérée large comme deux pièces de cinq francs.

M. le Docteur Rafin avait examiné le malade au cystoscope, mais il n'avait pu se rendre compte des lésions, la vessie étant toujours pleine de sang.

8 mai. — L'état général est bon. Les souffrances ont diminué. Plus d'hémorrhagies.

11 mai. — On enlève les fils. Le malade n'a plus d'hématuries mais ressent toujours quelques douleurs.

26 mai. — On peut placer un appareil pour remédier à l'incontinence partielle des urines.

5 juin. — Le malade part chez lui ; il a engraisé et est presque méconnaissable.

26 juin. — Le malade est revu chez lui ; la plaie va très bien mais vives douleurs par intervalle avec quelques gouttes de sang au méat urétral et épreintes très pénibles.

Depuis ce jour jusqu'au mois de novembre le néoplasme suit une marche extensive vers le rectum et dans le petit bassin. Cachexie progressive.

Le 10 novembre, le malade meurt chez lui d'une syncope. Pas d'autopsie.

Généralisation péritonéale probable, mais depuis son opération le malade n'a plus jamais eu d'hématuries.

OBSERVATION II (Inédite)

(Receueillie dans le service de M. le Professeur Poncet)

Luc Couvert, 70 ans, envoyé par le Docteur Giraud de Vinay (Isère), pour hypertrophie prostatique, cystite et hémorrhagies vésicales

Etat général très faible ; grosse prostate, cathétérisme assez facile mais cystite intense non améliorée par les lavages.

Urines infectes remplies de pus et de sang ; cet état persiste malgré des lavages faits pendant deux jours.

Pas de température ; mauvais état général. Le malade est peut-être porteur de lésions rénales.

Le diagnostic porté est cystite intense d'origine prostatique avec dégénérescence prostatique possible.

Le 21 avril 1898, M. Delore pratique la cystostomie sus-pubienne après injection de 150 grammes d'eau boriquée. Malgré le lavage fait avant l'opération, il y a encore du pus dans la vessie, pus épais, concret, qui avait eu les plus grandes difficultés à sortir par la sonde.

Hémorrhagie vésicale. Le col de la vessie présente un aspect fongueux et bourgeonnant.

Le soir pansement souillé par du sang.

Le 25 avril on ne constate plus de suintement sanguin.

29 avril. — Plus de douleurs ; excellent état local et général.

Cette amélioration s'affirme chaque jour et le 8 juin le malade quitte l'hôpital avec l'appareil Souël fonctionnant bien. Les urines sont alors parfaitement claires.

Quelques mois après le Docteur Giraud adresse à M. le Docteur Delore, sur sa demande, les renseignements suivants : Le nommé Luc Couvert que vous avez opéré est mort le 10 juillet. Il avait conservé son méat hypogastrique et n'a plus eu d'hématuries. Les derniers temps il urinait également un peu par le canal et a souffert huit ou dix jours avant sa mort, car les derniers jours il ne pouvait plus supporter son appareil.

OBSERVATION III

Adénome inopérable de la vessie. — Cystostomie sus-pubienne, par le docteur Audry, chargé de cours à la Faculté de Médecine (Mercredi médical, 1^{er} novembre 1893.)

X..., serrurier, âgé de 56 ans, se présente à la polyclinique de l'Hôtel-Dieu, le 3 septembre 1893.

Les accidents qui l'amènent à la consultation ont commencé à se manifester il y a trois ans et demi ; le malade éprouva alors une douleur de reins, des besoins fréquents d'uriner, et il se mit à pisser du sang d'une manière intermittente. Les phénomènes devinrent progressivement plus intenses, les mictions sanglantes plus nombreuses et plus abondantes. Le malade s'affaiblit, pâlit.

Les douleurs sont violentes pendant la miction et l'exploration (la vessie n'accepte pas plus de 150 à 200 grammes de liquide). Outre le sang, l'urine contient du pus en abondance.

Le malade se décide à entrer dans le service et le 6 décembre une exploration est pratiquée sous le chloroforme. Le diagnostic est hésitant et l'indication d'ouvrir la vessie paraît formelle.

Taille hypogastrique ; la vessie ouverte on se trouve en présence d'une tumeur dont l'ablation est rendue impossible à cause des adhérences et de l'extrême étendue des lésions.

On se décide à établir un méat sus-pubien pour améliorer par le drainage et le repos de la vessie les symptômes qu'entraînent les tumeurs de l'organe.

Les suites opératoires furent très simples. Au bout de six semaines le malade était dans un état très satisfaisant qui s'explique d'une part par la cessation des hémorrhagies qui l'affaiblissaient avant l'opération et d'autre part par la disparition des douleurs.

Le fonctionnement du méat sus-pubien fut parfait jusqu'à la fin et les hémorrhagies ne reparurent jamais.

Malheureusement le malade succomba le 12 mai 1894 à l'envahissement de son néoplasme et à la cachexie cancéreuse ; il avait été opéré le 3 septembre 1893.

OBSERVATION IV

*Hypertrophie de la prostate. Hématuries. Infection vésicale.
Cystotomie. Cessation de l'hématurie. Guérison*

Le nommé P..., âgé de 64 ans, entre le 12 juillet 1874 à l'hôpital Necker, salle Civiale, service de M le docteur Routier.

Pas d'antécédents héréditaires. Depuis un an, le malade éprouve de la difficulté des mictions, surtout le matin, mais néanmoins c'est le 12 juillet que pour la première fois il est pris d'une rétention aiguë, ayant duré douze heures.

Le 12 juillet au soir, à son entrée, il est sondé ; on retire une assez petite quantité d'urine. Une sonde à demeure est placée durant la nuit. Le lendemain, la vessie est encore en distention quoique, au sortir d'un bain, le malade ait uriné un peu de sang. L'urètre présente un rétrécissement au niveau de la région bulbaire, et une bougie filiforme passe avec difficulté. La prostate est grossie et dure.

Le 13 juillet, uréthrotomie interne ; sonde à demeure. Quarante-huit heures après, le 15 juillet, on enlève la sonde. Le lendemain le malade n'avait pas uriné depuis la veille ; on le sonde de nouveau.

Le 21 juillet, nouvelle crise de rétention, nouveau sondage. Le 22, les urines qu'on évacue par cathétérisme sont sanglantes. Le 25, après un cathétérisme, hématurie abondante, lavages vésicaux, sonde à demeure. Du 26 au 27, l'hématurie persiste et va en s'accroissant. Le 28, en présence de l'insuccès de la sonde à demeure et pour combattre l'hématurie, cystotomie sus-pubienne.

Les suites opératoires sont très simples, l'hématurie cesse et le malade peut se lever.

OBSERVATION V

Note sur un cas d'hématocèle vésicale. Guérison

(Lyon Médical, 1892)

M. B..., 67 ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais eu le moindre accident blennorrhagique ou syphilitique.

Le 28 avril 1892, étant en chemin de fer, après un déjeuner plus copieux qu'à l'ordinaire, il ressentit brusquement une douleur vive dans le bas-ventre ; arrivé, c'est à peine s'il peut marcher et tente inutilement d'uriner. M. le docteur Tussau appelé perçoit une vessie dure et tendue avec la résistance et a les dimensions d'une tête de fœtus ; par une sonde introduite dans la vessie il ne retire que quelques gouttes d'urine mêlées à du sang, puis des filets et des grumeaux sanguins qui s'écoulent difficilement. Le diagnostic d'hémorrhagie vésicale est porté.

Le lendemain devant les phénomènes d'intoxication et les efforts vains qu'il fait pour évacuer la vessie, M. Tussau propose la nouvelle opération du professeur Poncet, la cystostomie, qui est acceptée.

La vessie ouverte, un copieux lavage à l'eau bouillie et boriquée permet de constater que le sang ne coule plus.

Les suites de l'opération furent des plus simples, mais à plusieurs reprises, pendant quelques semaines, le malade pissait des filets de sang.

Dans la crainte d'une récurrence hémorrhagique, la perméabilité de l'urèthre artificiel fut maintenue bien que le malade lorsqu'on bouchait l'orifice hypogastrique commençât à uriner par son canal naturel.

Puis, sur les conseils de M. le professeur Poncet, M. Tussau laisse l'orifice se refermer.

Depuis, l'état fonctionnel de la vessie est des plus satisfaisants. Quant au méat il est resté parfaitement clos.

Mai 1894. L'état général est parfait.

OBSERVATION VI

Nous devons cette observation et la suivante à l'obligeance de M. Delore à qui elles avaient été communiquées par M. le docteur Lagoutte.

Femme âgée de 55 ans, atteinte d'une tumeur de la vessie, volumineuse et facilement sentie par le toucher vaginal.

Hématuries abondantes et douleurs de cystite extrêmement intenses.

Le 25 décembre 1895, taille sus-pubienne avec désinsertion des muscles droits et résection d'un fragment du pubis, de façon à créer une voie aussi large que possible pour enlever en totalité le néoplasme.

Énorme tumeur sessile remplissant toute la cavité vésicale à tel point qu'il était difficile de passer le doigt entre la tumeur et les parois de la vessie.

Ne pouvant faire l'ablation du néoplasme, on dut se borner à un traitement palliatif, la cystostomie sus-pubienne.

• Les résultats immédiats furent excellents en ce sens que les hémorrhagies et les douleurs disparurent.

La malade a succombé quatre mois après en présentant des accidents d'urémie.

OBSERVATION VII

Femme âgée de 70 ans, présentant depuis longtemps des hématuries.

Lorsque le docteur Lagoutte la vit pour la première fois, elle était dans un état d'infection urinaire et de rétention complète. T. 39°5.

Le 4 février 1896, cystostomie sus-pubienne permettant de

constater sur la paroi postérieure de la vessie une tumeur ulcérée de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Les accidents immédiats cessèrent et entre autres les hématuries, mais la malade profondément cachectique et épuisée par une infection déjà ancienne, succombait quinze jours après.

OBSERVATIONS VIII et IX

Zuckerkanndl cite deux observations de taille pour hématuries dans le Wiener klin. Wochen, 1892. Nous avons cru devoir les publier. En voici le résumé :

X..., 60 ans, ayant eu il y a quarante ans une chaudepisse, et présentant depuis quelques années de la difficulté de la miction. Le 5 avril 1892, il eut une rétention complète; on plaça une sonde à demeure, mais la vessie ne se vidait pas et le lendemain, en présence de l'impossibilité de réintroduire la sonde, on fit une ponction hypogastrique avec une canule à demeure qui permit d'évacuer une assez grande quantité d'urine sanglante.

Le jour suivant la canule est bouchée; ni l'aspiration, ni les lavages ne peuvent permettre de faire sortir les caillots; une nouvelle ponction ne donne issue à aucun liquide. Devant cette distension extrême due à l'hématurie, devant l'état général grave, la taille hypogastrique fut décidée et faite à la cocaïne. On évacua ainsi une quantité considérable de caillots; l'examen de la paroi vésicale fait avec soin sous l'éclairage électrique ne fit découvrir aucune ulcération, mais des veines largement dilatées et saignantes étaient visibles sur toute la surface.

Drainage vésical.

Le lendemain les urines étaient complètement claires.

Le second malade était âgé de 54 ans.

Ayant un rétrécissement de l'urèthre, il s'était sondé lui-

même; il se fit une fausse route et fut amené à l'hôpital dans le collapsus et avec une vessie distendue à l'extrême.

A l'aide d'un cathéter on put retirer un peu de sang, mais il y eut impossibilité de vider tous les caillots. La taille hypogastrique fut décidée de suite; on donna issue à plus d'un litre d'urine sanglante. Comme dans le cas précédent on ne découvrit pas la source de l'hémorrhagie; les veines de la vessie étaient largement dilatées et la guérison se fit rapide et complète. L'intervention avait tari l'exhalation sanguine qui ne reparut plus.

OBSERVATION X

Nous publions ici une observation que nous a communiquée M. Delore. Le malade dont il s'agit avait des hématuries abondantes qui déterminèrent M. le Professeur Polosson à pratiquer la cystostomie. L'opération, faite trop tard n'eut malheureusement pas de résultat heureux, mais l'indication était nette et l'intervention la seule chance de guérison pour le malade.

Pitha-Valetta de Lépin (Savoie) entré le 17 juillet 1896 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Polosson. Hypertrophie prostatique; accidents de rétention. Dix ans auparavant, le malade avait été traité pour des accidents urinaires par M. Augagneur. Depuis lors il avait de la peine à uriner quand il avait commis un excès quelconque.

17 juillet. — On sonde le malade assez facilement. Dans la nuit l'interne de ronde, par suite d'une fausse route, ne peut pratiquer le cathétérisme. Néanmoins celui-ci est possible le lendemain et les jours suivants et même assez facile. L'état général semblait s'améliorer avec les lavages.

1^{er} août. — Sans cause appréciable, hématurie très abondante, persistante les jours suivants. La vessie est très irri-

table. Le cathéterisme est facile mais douloureux. Douleurs violentes, spontanées.

3 août. — Etat général mauvais ; hématurie continue de sang pur. Signes de pyélo-néphrite ascendante (langue saburrale, agitation, fièvre, troubles digestifs). M. Polosson, en présence de ces symptômes graves et surtout de l'hématurie que rien ne pouvait diminuer, pratique la cystostomie sus-pubienne.

Vessie remplie de caillots récents ; parois hypertrophiées. Pas de calculs.

L'opération pratiquée un peu tard n'a pas enrayé les accidents et le malade meurt dans la nuit du 5 août.

OBSERVATION XI

Cystostomie sus-pubienne pour cystite hémorrhagique avec cystalgie. Opération pratiquée le 27 mai 1892 par M. Poncet chez un vieillard de 79 ans, mort le 30 juillet 1897. La miction normale ne se rétablit pas; elle se fait tout entière par le nouveau méat qui tend à devenir continent mais que l'on est obligé de maintenir incontinent pour lutter contre les accidents douloureux qui se produisent lorsque la vessie est distendue par une certaine quantité d'urine. La continence est également à diverses reprises la cause d'hémorrhagies abondantes qui cessent immédiatement avec la dilatation du nouveau méat et une incontinence complète.

M. G... atteint de prostatisme grave remontant à 7 ou 8 ans et nécessitant depuis quelque temps 20 à 25 cathétérismes par jour a été cystostomisé par M. Poncet en présence de M. Rollet. Les suites de l'opération furent simples ; elle donna lieu à une véritable résurrection. La première partie de cette opération, sur laquelle nous ne reviendrons pas, a été publiée par M. Boïan dans sa thèse.

Immédiatement après l'intervention, les urines qui étaient ammoniacales et qui contenaient une notable quantité de sang reprirent leur coloration normale ; les hémorrhagies intravésicales cessèrent complètement. Durant les cinq années qui suivirent, l'état général de M. G. resta très satisfaisant. Mais, à diverses reprises, il souffrit de douleurs plus ou moins vives et vit apparaître des hémorrhagies assez abondantes. Ces douleurs et ces hémorrhagies coïncidaient avec une atrésie du méat contre laquelle il était difficile de lutter par les moyens ordinaires et alors que, cependant, le méat hypogastrique, devait être conservé puisqu'aucune goutte d'urine ne passait par l'urèthre.

Plusieurs fois M. Poncet débrida avec le bistouri boutonné, sous l'anesthésie générale, le nouvel urèthre sus-pubien et souvent il trouva des concrétions phosphatiques, de petits calculs qui, en dehors d'une distension passagère de la vessie, pouvaient expliquer les douleurs et les hémorrhagies. Mais il lui arriva aussi de ne pas trouver de calculs ; les hémorrhagies étaient alors seulement le fait de la cystite existante. Ces écoulements sanguins ont toujours été arrêtés par la mise au repos de la vessie rendue incontinente, alors que les plus grands soins de désinfection vésicale, que les lavages répétés avec toute la série des antiseptiques ne parvenaient pas à les enrayer.

OBSERVATION XII

(Cheesman. — Medical Record, 23 juin 1894.)

Un jeune homme de 24 ans souffrait depuis trois ans d'une hématurie abondante, intermittente. Ces attaques, plus fréquentes en hiver, étaient accompagnées de douleurs dans le dos, qui s'exacerbaient quand la vessie était distendue par des caillots. Le cathétérisme de la vessie ne soulageait le malade que très peu, l'hématurie devenait plus abondante après chaque sondage.

L'examen de la vessie avec l'explorateur de Thompson fut négatif. L'hématurie devenait alarmante et le diagnostic de néoplasie vésicale étant fait par plusieurs médecins, on fit la taille exploratrice.

On découvrit une veine variqueuse siégeant au sommet du trigone de Lieutaud comme source de l'hémorrhagie. La pression avec de la gaze arrêta l'hématurie. Cheesman, pour assurer une hémostase complète, irriga la paroi vésicale avec la solution de Monsell, ne voulant pas se servir du thermocautère par crainte de provoquer un rétrécissement de l'orifice interne de l'urèthre. Le malade, qui se trouvait dans un grand état d'anémie, a bien guéri; l'hématurie a complètement disparu.

OBSERVATION XIII

Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Bérard l'observation suivante :

Rétention d'origine prostatique. — Hématuries persistantes. — Cystostomie d'urgence. — Guérison

Louis Q..., épicier, 58 ans. Depuis deux ans présente par intermittence des difficultés de miction ; besoins fréquents d'uriner.

Il y a quinze jours, rétention brusque sans cause aucune. M. le Professeur agrégé Chandelux, appelé en consultation, devant la rétention persistante, met une sonde de Nélaton à demeure ; il sort du sang mêlé à l'urine. Le malade garde sa sonde à demeure pendant huit jours ; les mictions sont toujours hématuriques.

3 novembre 1897. — M. Chandelux réussit à passer une sonde molle. Le sang vient en abondance, la sonde est bouchée par moments par des caillots. Lavages vésicaux.

5 novembre. — Le malade entre d'urgence dans le service de M. le Professeur Poncet. Hémorrhagie incessante ; vessie

distendue ; la sonde ramène un peu de liquide hématurique. M. Bérard, chef de clinique, pratique d'urgence la cystostomie sus-pubienne. Lavages boriqués chauds abondants.

Depuis l'opération les hématuries ont complètement cessé et le 15 janvier 1898, le malade quitte le service. Son nouvel urèthre est incontinent ; il est porteur d'un urinal Souël.

Le 25 janvier, le malade revient à l'Hôtel-Dieu ; son urèthre hypogastrique s'est oblitéré spontanément et chaque tentative de sondage s'accompagnant d'hémorrhagie on pratique la dilatation du méat sus-pubien avec des bougies d'Hégard.

Le 20 février, l'urèthre hypogastrique est toujours incontinent et n'a aucune tendance à s'oblitérer.

Dans le courant du mois d'août, M. Bérard a revu le malade qui se portait relativement bien et n'avait plus jamais eu d'hématurie.

OBSERVATION XIV

Nous donnons ici le résumé d'une observation communiquée au Congrès de chirurgie par M. Desnos, en 1896.

« Pour un cancer de la prostate, c'est l'hématurie qui m'a déterminé à pratiquer la cystostomie sus-pubienne : cette intervention l'a presque instantanément arrêtée. Le malade opéré, il y a quatre ans et trois mois, vit encore quoique très cachectique. La fistule hypogastrique n'a jamais cessé de fonctionner : les douleurs et les hématuries n'ont plus reparu et le méat hypogastrique a certainement augmenté la survie. »

CONCLUSIONS

I. — On observe souvent, principalement chez les néoplasiques et les prostatiques, des hématuries vésicales, rebelles à tous les traitements qu'on peut leur opposer, graves, et qui, par leur fréquence et leur abondance, peuvent entraîner la mort du malade ou tout au moins hâter sa fin.

II. — C'est dans le but d'arrêter ces hémorrhagies que nous avons proposé sur les conseils de M. le professeur Poncet, la cystostomie sus-pubienne.

III. — Nous la proposons d'autant plus volontiers que le manuel opératoire en est très simple et que les accidents qu'elle peut entraîner sont rares et d'ailleurs faciles à éviter.

IV. — La cystostomie sus-pubienne agit essentiellement par la mise au repos de la vessie ; elle fait cesser la congestion de l'appareil urinaire tout entier ; elle permet en outre de lutter d'une façon plus efficace contre l'infection, principale source des hémorrhagies. A ce triple point de vue elle mérite, suivant

M. Poncet, d'entrer dans la pratique courante. Disons enfin qu'elle atténue les douleurs qui déterminent le plus souvent un état congestif de l'organe.

V. — En présence d'hématuries vésicales rebelles, abondantes, nous pensons qu'il ne faut pas hésiter à cystostomiser. L'hésitation est d'autant moins permise que par l'accès créé dans la vessie il est possible de trouver la source même de l'hémorrhagie, de lutter parfois directement contre elle, comme dans le cas de corps étrangers, de calculs méconnus, de varices.

VI. — Notre travail repose sur 14 observations qui nous paraissent absolument concluantes : six de ces observations se rapportent à des individus porteurs de néoplasmes inopérables ; les autres concernent des prostatiques, un cas d'hématocèle vésicale, un cas de veine variqueuse. Nous avons laissé de côté les observations d'hématuries calculeuses car dans ce dernier cas l'indication de l'intervention sanglante est double et le seul fait du calcul justifie l'opération.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 décembre 1898.

LE RECTEUR,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- COPPENS. -- Bulletin médical du Nord, 1889.
- BONAN. — Thèse de Lyon, 1892.
- TUSSAN. — Lyon Médical, 1892.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.
- LEGUEU. — Gazette hebdomadaire, 26 août 1893.
- SPANTON. — The Lancet, 26 juillet 1894.
- LAGOUTTE. — Thèse de Lyon, 1894.
- CHEESMAN. — Medical Record, 23 juin 1894.
- MICHON. — Thèse de Paris, 1895.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- LABADIE. — Thèse de Lyon, 1895.
- Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895.
— — — — — 1896.
- FINCK. — Thèse de Lyon, 1896.
- ELIOT. — Report of the Presbyterian Hospital, 1896.
- DESNOS. — Congrès de chirurgie, 1896.
- TUEKER. — The Lancet, 1896.
- LOUBAT. — Thèse de Toulouse, 1897.
- DELORE. — Thèse de Lyon, 1897.
- PONCET. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1898.

